

PROTECCIÓN DEL SUEÑO EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL

Diseño de una intervención enfermera multicomponente basada en la evidencia

...z z z z

INTRODUCCIÓN

El sueño y la salud mental se influyen de forma bidireccional. La alteración de la calidad, la continuidad y el horario del sueño puede precipitar o agravar manifestaciones clínicas presentes en diferentes problemas de salud mental, y los propios síntomas empeoran el descanso (1). De esta manera, **mejorar la calidad del sueño se asocia a menos síntomas depresivos y ansiosos en población adulta**, aunque la mayoría de los estudios tienen muestras pequeñas (2).

Se ha documentado que, en las unidades de hospitalización de salud mental (UHSM) la calidad del sueño es peor que en otros servicios, y a su vez, el mal descanso se asocia a **mayor riesgo suicida, impulsividad y agresividad** (3). Parte de la causa está en el propio entorno (ruido, luz, temperatura e interrupciones asistenciales) (4), a los que se suman la escasa luz natural durante el día, la falta de autonomía y rutinas como la comprobación horaria con luz durante la noche (3).

La enfermera es la principal agente en la promoción del sueño durante la hospitalización (5), aunque las intervenciones enfermeras sobre el sueño siguen estando mal definidas en la literatura (6). **Proteger el descanso sin comprometer la seguridad es una oportunidad para avanzar hacia cuidados humanizados, individualizados y orientados a la recuperación.**

METODOLOGÍA

Revisión narrativa estructurada. Búsqueda en PubMed/MEDLINE entre agosto y septiembre de 2026, publicaciones 2022-2026. Se priorizaron revisiones sistemáticas, metaanálisis y revisiones de alcance.

	Ecuación	Registros
Búsqueda (1): Marco teórico	Sleep AND Mental Health	456
Búsqueda (2): Discusión	(Sleep OR Sleep Initiation and Maintenance Disorders) AND (Mental Health OR Mental Disorders OR Psychiatric Nursing) AND (Hospitalization OR Nursing Care)	78

Como descriptores se utilizaron MeSH, unidos por el operador booleano OR dentro de cada bloque, así como AND entre bloques. Dada la **escasa producción específica sobre intervenciones enfermeras de sueño en unidades de hospitalización de salud mental**, la búsqueda se complementó mediante rastreo de referencias, lo que permitió incorporar 4 referencias sobre cuidados enfermeros y entorno hospitalario procedente de hospitalización general. El corpus bibliográfico total fue de 12 referencias bibliográficas.

DISCUSIÓN

Valoración y registro

En UHSM es factible usar **medidas subjetivas validadas** en lugar de la observación no validada (3). La **valoración y el registro del sueño, con las preferencias y los disruptores** de la persona, son intervención enfermera documentada (5).

Entorno nocturno

El entorno hospitalario daña el sueño (4). Las **intervenciones ambientales** en UHSM muestran resultados consistentes en líneas de estudio como **reducir la luz, voz y estímulos evitables** (3,7)

Cuidados

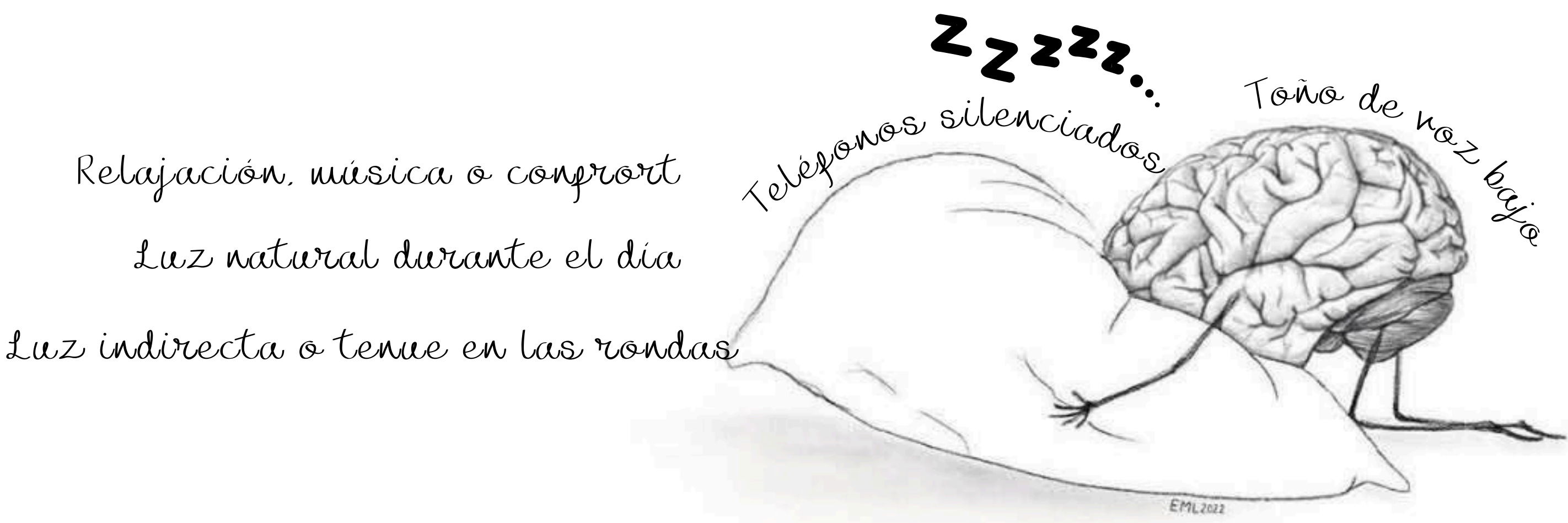
Agrupar los cuidados no urgentes, anticipar el confort, reducir de forma segura la monitorización nocturna y educar sobre luz y ruido se asociaron a noches más tranquilas (8). La comprobación horaria con luz es un disruptor identificado en UHSM (3).

Sueño-vigilia

Sería conveniente el uso de luz natural y actividad de día, en consideración de su importancia en la regulación del reloj circadiano (3,9) y la **relevancia** de la **regularización del sueño en la salud mental** (10).

Abordaje individual

La **relajación, la música y las ayudas físicas** mejoran el sueño en la hospitalización (4,11). Las intervenciones basadas en **TCC-I** se han estudiado en las UHSM (3). También existen intervenciones sobre ritmos circadianos para personas con Trastorno Mental Grave (12).



Las observaciones y actuaciones nocturnas necesarias para garantizar la seguridad se mantienen según valoración clínica y protocolos vigentes, procurando la mínima interferencia sobre el descanso, la privacidad y el confort.

La **comprobación nocturna con luz interrumpe el sueño**, y el **mal sueño se asocia a mayor riesgo suicida, impulsividad y agresividad** (3). Esta propuesta no reduce la **vigilancia, cambia cómo se realiza, utilizando ayudas** como tapones o antifaz, ofreciéndose según la valoración individual del **riesgo** y teniendo en consideración las **preferencias y disruptores del usuario para el descanso**.

Asimismo, la **relajación** y la **música**, mejoran la calidad del sueño (4,11), así como las intervenciones basadas en **TCC-I** mejoran el sueño y podrían mejorar la salud mental y física (3). Las intervenciones **ambientales** tienen resultados consistentes en UHSM (3). Por otro lado, se han documentado **intervenciones comunitarias transdiagnósticas de sueño y ritmos circadianos en población con Trastorno Mental Grave**, un campo interesante aún en estudio (12).

CONCLUSIONES Y BIBLIOGRAFÍA (QR)

1. **La protección del sueño puede integrarse de forma explícita en el plan de cuidados de enfermería de salud mental mediante medidas individualizadas y predominantemente no farmacológicas.**
2. La propuesta concilia **descanso y seguridad**, pues mantiene las observaciones necesarias y reduce las interrupciones evitables.
3. Sitúa a la **enfermera especialista en salud mental como agente capaz de revisar rutinas y transformar el entorno terapéutico** en pro de la humanización del cuidado.
4. Buena parte de la evidencia procede de hospital general y UCI. **Su aplicación a la unidad de salud mental es una adaptación, no un resultado demostrado.**
5. La intervención no ha sido implementada ni evaluada. Su efectividad y seguridad deberán evaluarse de forma prospectiva, con instrumentos validados y los procedimientos éticos correspondientes. Al tratarse de una revisión narrativa, no cabe concluir eficacia ni exhaustividad.

